

DE
LA TUBERCULOSE
INTRALINGUALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VICTOR ROLLAND

Né le 30 Août 1870, à Vieu (Ain).

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

DE
LA TUBERCULOSE
INTRALINGUALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VICTOR ROLLAND

Né le 30 Août 1870, à Vieu (Ain).

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYON.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER
Médecine légale.	POLLOSSON (MAURIE)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROUX.	MM. SIRAUD.
CONDAMIN	POLLOSSON (Aug.)	COLLET.	DURAND.
COURMONT.	ROCHET.	BOYER.	DOYON.
DEVIC.	ROLLET.	CURTILLET.	BARRAL.
DIDELOT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, Président ; M. ROLLET, Assesseur ; MM. DOYON et VALLAS Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES COUSINS GIRERD

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR A. PONCET

A MES CHEFS CIVILS ET MILITAIRES

AVANT-PROPOS

La tuberculose buccale est aujourd'hui fort bien étudiée, mais ce que l'on décrit surtout c'est la tuberculose superficielle, l'ulcération tuberculeuse. A côté de cette forme qui est très fréquente, il en existe une autre moins bien connue, c'est la tuberculose intra-linguale. Cette manifestation beaucoup plus rare que la première dont elle diffère à plusieurs points de vue mérite aussi d'être mise en relief parce qu'elle offre quelques particularités intéressantes, c'est elle que nous nous proposons d'étudier ici.

Le plan que nous avons adopté est celui qui convient naturellement à toute étude qui doit, comme la nôtre, revêtir le caractère d'une monographie. Après avoir analysé les premières observations publiées, nous passons successivement en revue : 1° Les caractères anatomo-pathologiques; 2° l'étiologie et la pathogénie; 3° les symp-

tômes cliniques ; 4° le pronostic ; 5° le diagnostic et enfin le traitement qui leur est applicable.

Avant d'entrer dans notre sujet, il est des dettes de reconnaissance dont nous devons nous acquitter. Nous remercions en particulier M. le professeur Poncet de sa grande bienveillance à notre égard pendant toute la durée de notre scolarité ; il a bien voulu diriger ce modeste travail et il nous a fait l'honneur d'en accepter la présidence. Nous remercions encore MM. les professeurs agrégés Rollet et Curtillet et tous ceux qui d'une façon directe ou indirecte ont contribué à notre instruction médicale ou nous ont témoigné quelque intérêt.

DE

LA TUBERCULOSE

INTRALINGUALE

HISTORIQUE

On s'accorde généralement pour faire remonter à Portal la première notion communiquée au monde scientifique de tuberculose profonde de la langue ; en effet, dans son cours d'Anatomie médicale publié en 1804 Portal rapporte l'observation d'une femme morte tuberculeuse dont la langue examinée à l'autopsie fut trouvée « pleine de concrétions stéatomateuses dont quelques-unes étaient globuleuses et de la grosseur d'un pois ». Il faut ensuite arriver en 1862 pour trouver une nouvelle mention de la tuberculose profonde, jusqu'à cette époque on ne s'occupe que de la forme ulcérée de la tuberculose linguale et on paraît ignorer l'existence d'une tuberculose parenchymateuse dont Fano nous rapporte cependant une observation que nous résumons brièvement : « Homme vingt-huit ans, ayant présenté des phénomènes équivoques du côté de la poitrine se présente porteur dans la moitié droite de la

langue d'une fistule sous fibro-muqueuse consécutive, à un abcès froid. La fistule est opérée, quelques jours après apparition dans la moitié opposée de la langue d'une induration bien limitée qui atteint le volume d'une noisette. Cette tumeur est ponctionnée, on fait le diagnostic d'abcès froid que l'on incise et cure. »

Dans son *Traité de maladies de la langue* 1873, Clarke raconte avoir observé souvent dans l'intérieur du parenchyme lingual des tumeurs qui offrent, dit-il, une grande ressemblance avec les syphilomes, mais qui semblent plutôt avoir une origine strumeuse ou tuberculeuse. Il rapporte en particulier l'observation d'une jeune fille de quatorze ans strumeuse dans son enfance dont le père était tuberculeux et qui était porteur d'une tumeur de la langue s'étant ouverte d'elle-même à l'extérieur qu'il déclara être une gomme ramollie.

La même année Gosselin a l'occasion d'observer un malade porteur d'une collection molle et fluctuante dans l'épaisseur de la langue : cette tumeur ne provoque d'autres troubles qu'une gêne de la phonation ; elle siège dans la moitié gauche de la langue, à droite on constate une saillie verruqueuse à bords arrondis offrant un léger relief et circonscrivant une sorte de dépression ayant l'aspect extérieur d'un trajet fistuleux. La ponction de la poche donne issue à du pus séro-sanguinolent et en explorant le trajet fistuleux on tombe dans la cavité de l'abcès, la fistule est donc consécutive à l'abcès, la collection est traitée comme un abcès froid, mais quelques jours après l'opération on voit apparaître dans le fond de la plaie des bourgeons de mauvaise nature que l'on prend pour un épithélioma, on en fait l'ablation et on cautérise au

fer rouge. Il faut dire que si, dans ce cas, Gosselin a rejeté le diagnostic de gomme syphilitique suppurée porté par Lannelongue, il n'a pas songé à la tuberculose, mais si nous ajoutons que cette tumeur, de nature soi-disant épithéliale n'a jamais récidivé et que le malade avait été soigné antérieurement pour un abcès torpide de la région anale, nous avons bien des raisons pour croire à la nature tuberculeuse de l'abcès intralingual.

En 1883, de Brun publie pour la première fois une observation d'abcès froid avec examen histologique. Il s'agit d'une jeune femme dont l'état général est excellent et qui est porteur depuis quatre mois d'une tumeur indolente dans la moitié droite de la langue sans lésions de la muqueuse à son niveau, ni altération quelconque de la cavité buccale, pas de troubles fonctionnels. En raison de l'état général, on songe à un kyste hydatique, mais une ponction donne issue à un pus mal lié contenu dans une poche villeuse qui est enlevée.

L'examen histologique révèle dans l'épaisseur de la paroi de nombreux tubercules à toutes les périodes de leur développement. Il s'agit donc, dit l'auteur, d'un tuberculome et ce qui a empêché le diagnostic, c'est la rareté même de l'affection.

La même année, Gade observe à l'hôpital de Copenhague une tuberculose parenchymateuse de la langue chez une femme porteur de lésions pulmonaires.

En 1882, Péan fait dans ses cliniques chirurgicales une excellente étude des abcès froids de la langue dont il admet une variété non tuberculeuse.

En 1888, M. Poncet présente à la Société de chirurgie de Lyon un cas, diagnostiqué par lui, de tuberculose intra-

linguale ; c'est ce cas que nous rapporterons qui a été le point de départ de notre travail. Depuis lors, l'affection étant mieux connue, les observations se multiplient, entre toutes nous retiendrons celle de Dardignac (1894) qui admet la notion étiologique déjà signalée par Poncet en 1888 et que nous croyons pouvoir établir dans notre chapitre sur la pathogénie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La tumeur formée par le tuberculome intra-lingual fait le plus souvent saillie à la face dorsale de la langue et en général plus près de la pointe que de la base. Généralement unique, la nodosité interstitielle prend toujours naissance en plein parenchyme lingual, en plein tissu musculaire et non dans le tissu conjonctif comme la gomme syphilitique : d'abord dure puis rénitente, elle se ramollit du centre à la périphérie, elle aboutit alors à la formation d'une cavité régulière sans diverticule, tapissée par une coque indurée. Si l'abcès ainsi constitué continue à se développer il arrive un moment où sa paroi contracte des adhérences avec la face profonde de la muqueuse qui s'amincit, prend une teinte violacée, et s'ulcère de dedans en dehors ; l'ouverture spontanée de la collection est la conséquence de ce travail de destruction moléculaire limitée et un trajet fistuleux est créé à l'orifice externe duquel va s'établir une ulcération.

Nous devons successivement examiner les caractères macroscopiques puis microscopiques de la poche et de son contenu. L'épaisseur de la couche limitante externe est généralement faible ; sa face interne est irrégulière, tantôt simplement grenue, tantôt soulevée par de petites saillies sphéroïdes d'aspect jaunâtre représentant autant de foyers caséux en voie de ramollissement et sur le point de s'ouvrir dans la cavité même ; partout où cette communication s'établit il se forme un cul-de-sac du fond duquel se détachent des produits de régression qui se mêlent au contenu de l'abcès. Le pus renfermé dans cette cavité est fluide, louche, crémeux, il tient en suspension des grumeaux formés par des débris de matière tuberculeuse et des vestiges des éléments musculaires détruits et transformés par le processus inflammatoire.

Examinée au début, la lésion n'est autre que le follicule tuberculeux primitif ; au centre une cellule géante avec noyaux multiples et polynucléolés, tout autour d'elle la couche toujours très dense et fortement colorée des cellules épithélioïdes entourée elle-même à la périphérie par une couche de cellules embryonnaires conjonctives. Ce noyau tuberculeux provoque autour de lui le développement d'un tissu exclusivement composé d'éléments embryonnaires qui l'isolent et l'entourent en formant une zone réactionnelle et inflammatoire. Dans l'épaisseur de ce tissu néoformé ne tarde pas à apparaître une couche bourgeonnante remplie de capillaires sanguins, c'est cette couche qui va donner naissance à la coque fibreuse qui doit renfermer la future collection purulente. A une période plus avancée, cette paroi toute entière est formée de tissu tuberculeux à toutes les phases de son évolution ;

à mesure que la lésion progresse, le tissu voisin s'inocule et se transforme graduellement en pus jusqu'à ce que le processus atteigne la muqueuse qui subit à son tour la fermentation tuberculeuse.

L'examen microscopique révèle dans le pus des débris de tissu tuberculeux en très grande abondance, de la fibrine, des leucocytes morts et de rares bacilles de Koch.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

S'il est des états morbides pour lesquels la notion causale fournie par le malade doive être prise en considération, certes ce n'est pas la tuberculose parenchymateuse de la langue, car son début est tellement insidieux qu'elle survient sans cause appréciable et que le malade ne peut rien invoquer pour expliquer le développement de son affection. Sans insister sur des notions pathogéniques banales, nous allons passer en revue les principaux facteurs étiologiques incriminés, discuter leur mécanisme pathogénique intime et leur valeur propre, nous nous appliquerons ensuite à démontrer que ce tuberculome lingual n'est pas primitif, que le bacille qui lui a donné naissance vient de quelque autre point de l'économie et que l'infection locale s'est faite par la voie profonde, sanguine ou lymphatique, et non par tous les autres moyens que l'on a pu invoquer.

Quels sont en effet ces moyens ? Quelques auteurs ont

fait jouer un grand rôle à la contagion par l'alimentation dans l'étiologie de la tuberculose buccale ; nous rejetons cette manière de voir pour ce qui concerne la tuberculose parenchymateuse de la langue, car si nous essayons de nous rendre compte du mécanisme intime probable de l'infection par les aliments tuberculeux, lait ou viandes, nous voyons qu'elle nécessite, dans la cavité buccale une certaine stagnation du produit bacillifère, stagnation suffisante mais nécessaire à la production des actes chimiques qui auront pour but la mise en liberté du bacille de Koch et sa pénétration dans l'épaisseur du parenchyme lingual. Et puis, comment la contagion peut-elle se faire dans la profondeur sans effraction de la muqueuse sans ulcération et partant sans lymphangite ou adénite concomitante ?

Nous croyons du reste que d'une façon générale on a beaucoup exagéré le danger des aliments tuberculeux, sans quoi on pourrait s'étonner à juste titre qu'un seul enfant ait pu arriver à l'âge d'homme sans devenir phtisique ; il n'y a pas d'individu en effet qui n'ait bu, au moins une fois dans sa vie, du lait non cuit ou peu cuit, provenant d'une vache atteinte de la pommelière et contenant des bacilles.

Nous ferons les mêmes objections aux partisans de la contagion par les crachats, à ceux qui voient dans le tuberculome intra-lingual un produit d'inoculation *in situ* du bacille de Koch contenu dans les crachats.

Ce processus d'auto-inoculation nécessite en effet une lésion de la muqueuse et il s'observe uniquement dans l'ulcération tuberculeuse superficielle qu'on ne voit qu'aux périodes ultimes de la phtisie, alors que de nombreuses

infections secondaires sont venues miner le malade, altérer encore un organisme déjà profondément débilité et sur lequel ont prise la plupart des microbes virulents, puisque le terrain est propice et que l'organisme ne se défend plus. Ne paraît-il pas étrange d'ailleurs d'admettre qu'un produit microbien quitte une porte d'entrée ulcérée, dans un milieu extraordinairement favorable à son évolution pour pénétrer profondément dans un parenchyme musculaire aussi dense, aussi bien irrigué et aussi pauvre en tissu conjonctif que le tissu lingual ? Et si l'expérimentation prétend avoir prouvé qu'un bacille peut traverser une muqueuse sans laisser de trace de son passage, il faut que cette muqueuse soit saine et à l'abri des infections secondaires si nombreuses et si puissantes qui entourent une plaie buccale. Nous signalerons aussi, mais sans insister et en leur refusant une action sérieuse, la plupart des autres moyens et agents de contagion locale, l'aspiration de poussières infectées, la contagion par cigarettes, cigares, pipes, porte-plumes, rapports *ab ore*, etc., ce sont là des curiosités et des exceptions.

Donc, pour admettre la contagion par la voie buccale, il faut admettre une porte d'entrée et cette porte d'entrée nous ne l'avons jamais trouvée, malgré des recherches consciencieuses et suivies, c'est donc que la contagion doit reconnaître un autre mécanisme pathogénique, mais quel est ce mécanisme ? Pour nous, la muqueuse linguale n'est jamais la voie de pénétration du virus qui doit donner naissance au tuberculome profond, ici l'infection est d'origine profonde et se fait par le réseau sanguin ou lymphatique.

Pour ne pas avoir de lésions viscérales appréciables

dépendant d'un mode quelconque de contagion première dont la voie pulmonaire reste malgré tout la plus importante, les malades n'en sont pas moins des tuberculeux affectés d'une tuberculose torpide et latente : ils ont quelque part dans leur organisme, dans un viscère, un ganglion, ou ailleurs, des bacilles tuberculeux assez atténués pour ne pas se développer spontanément, tant que cet organisme se défend bien ou tant qu'une cause adjuvante et occasionnelle ne vient pas favoriser leur pullulation.

Dans les cas où il existe des lésions viscérales avérées antérieures au tuberculome lingual, c'est évidemment le foyer pulmonaire qu'il faut incriminer, mais c'est par la voie sanguine que le bacille parti de son lieu d'élection primitif se transporte dans la langue, élit son domicile au sein même des fibrilles musculaires du parenchyme et y provoque bientôt ce travail inflammatoire insidieux et lent qui va aboutir à la formation d'un abcès. Quant aux raisons intimes de cette migration, de cette métastase du bacille, ce sont des causes occasionnelles, puissantes auxiliaires, capables à eux seuls de localiser le processus et de faciliter son évolution.

Quelles sont donc ces causes occasionnelles nécessaires à la localisation ? Ce sont au premier chef celles qui entravent les échanges nutritifs dans le parenchyme lingual, qui créent un *locus minoris resistentiæ* et parmi elles le traumatisme et la fatigue musculaire.

Est-il illogique d'admettre que chez la plupart de nos malades, fumeurs de profession, la pression continue et répétée de l'extrémité du tuyau de pipe, l'irritation continuelle, la chaleur trop prolongée ne soient une

cause de débilitation locale suffisante pour créer un appel à la localisation ? Le traumatisme ainsi conçu ne peut-il pas avoir ici l'importance qu'on lui accorde comme agent de localisation dans la genèse des tumeurs blanches du genou consécutives à une chute sur la région où le développement si fréquent et si rapide des adénites bacillaires de la région du cou chez les jeunes soldats porteurs d'uniformes à cols trop serrés et trop rigides ?

Le mécanisme pathogénique que nous venons d'exposer n'est autre d'ailleurs que l'inverse de celui invoqué par Verneuil pour expliquer la généralisation si rapide et toujours à redouter après une intervention visant la cure radicale d'un foyer de tuberculose localisée. Pour Verneuil et son école, le chirurgien en ouvrant les vaisseaux crée des portes d'entrée multiples aux nombreux bacilles qui pullulent dans le foyer qu'il veut enlever et inonde en quelque sorte l'organisme de son opéré ; dans notre hypothèse l'inondation de l'organisme est primitive, mais elle est assez atténuée pour ne donner lieu qu'à un état tuberculeux latent : donc la tuberculose intra-linguale n'est jamais primitive, la tuberculose locale primitive n'existe pas. Qu'est-ce en effet qu'une tuberculose locale ? comme si toute lésion tuberculeuse ne pouvait à un moment donné devenir le foyer d'une infection générale.

Nous avons formulé un mécanisme pathogénique particulier qui ressort naturellement de la critique de nos observations cliniques, mais est-il d'accord avec l'expérimentation ? Les défenseurs de l'auto-inoculation par la langue ont en effet édifié leur théorie sur des données expérimentales ; ils ont inoculé à des lapins dans l'épaisseur de la langue de la matière tuberculeuse à

l'aide de la seringue de Pravaz. Ils ont ainsi produit le tuberculome profond dans la moitié des cas, 2 fois sur 4 expériences, sans lésions superficielles ; dans tous les autres cas ils ont obtenu des ulcérations. Mais ces faits sont-ils concluants et l'expérimentation reproduit-elle les faits tels que nous les voyons se succéder en clinique ? nous ne le croyons pas parce qu'elle transporte d'emblée et en ne créant qu'une brèche muqueuse insignifiante une quantité colossale de virus actif qui chez le malade n'aurait pu pénétrer qu'avec la plus grande lenteur, étant obligé de se créer un passage dans un tissu musculaire bien nourri et résistant. L'expérimentation nous montre le bacille passant de la cavité buccale dans la profondeur de la langue, la clinique nous le montre circulant par l'intermédiaire du sang d'un point à l'autre de l'économie et pour que l'expérimentation répondît à la clinique, il faudrait injecter dans le système circulatoire d'un animal un bacille atténué, incapable de produire spontanément un foyer virulent et à l'aide de traumatismes légers fréquemment renouvelés mais sans créer de solution de continuité de la muqueuse linguale, faire appel à la localisation et produire chez ce tuberculeux latent un tuberculome lingual. Malheureusement, ces *desiderata* soulèvent des difficultés pratiques encore aujourd'hui insurmontables.

Un dernier point cependant reste encore à démontrer : si les notions étiologiques précédentes doivent être acceptées et si elles sont les vraies, on nous demandera peut-être pourquoi le tuberculome lingual est une affection relativement rare, étant donné que des causes banales peuvent le faire naître. Cette pénurie relative de tuberculose

parenchymateuse de la langue est en effet un enseignement de la clinique, c'est un fait à expliquer. Aux raisons que nous avons invoquées ailleurs, nous ajouterons les suivantes : le peu d'abondance du tissu conjonctif interstitiel de la langue, la richesse extrême de la circulation, l'activité des échanges nutritifs, la production de par le travail musculaire d'une certaine quantité d'acide lactique dont l'action bactéricide sur le bacille de Koch en particulier est aujourd'hui bien établie, sont autant de raisons qui viennent à l'encontre de la localisation dans le parenchyme lingual.

SYMPTOMATOLOGIE

En général la symptomatologie de la gomme profonde de la langue est très pauvre ; le début de l'affection est le plus souvent méconnu, c'est le volume seul de la tumeur qui attire l'attention du malade, et ce sont les troubles fonctionnels qui le poussent à demander des soins pour cette tumeur qui lui paraît plus ennuyeuse que dangereuse. Le tuberculome intra-lingual siège en un point quelconque du parenchyme lingual, mais de préférence à la face dorsale et plus près de la pointe que de la base ; c'est d'abord un petit noyau arrondi, incrusté dans la profondeur de l'organe qu'il arrive à déformer, mais ne se manifestant jamais à l'extérieur par des modifications phlegmasiques ou réactionnelles de la muqueuse qui le recouvre. Ce noyau tuberculeux augmente de volume, se ramollit, envahit la muqueuse sus-jacente qu'il érode, la détruit puis vide son contenu dans la cavité buccale. Quant à la cavité abcédée, elle reste en communication avec l'extérieur

par un trajet fistuleux qui n'a aucune tendance spontanée à l'oblitération. L'indolence est la règle, cependant on a pu noter chez quelques malades des douleurs névralgiques et lancinantes passagères, mais le plus précoce et le plus important des signes subjectifs, c'est la pesanteur, la sensation de gêne continue qu'éprouve le malade lorsqu'il veut mouvoir sa langue ; cependant la mastication, la déglutition et surtout la phonation sont atteintes rapidement et les patients arrivent à ne plus pouvoir mâcher que d'un seul côté et quand ils parlent, ils bafouillent comme s'ils avaient de la bouillie dans la bouche.

A la vue, la langue occupe sa place normale et n'a aucune tendance à sortir d'elle-même au dehors ; mais elle est bosselée et déformée, on ne remarque rien d'anormal ni sur la portion de muqueuse qui recouvre la tumeur, ni sur la muqueuse linguale en général, ni dans la cavité buccale, rien qui puisse expliquer la localisation du processus morbide. La palpation est indolore, elle révèle une tuméfaction ovoïde pouvant acquérir le volume d'une grosse noisette : d'abord rénitente et fortement élastique, cette tumeur devient molle puis pseudo-fluctuante, quelquefois même franchement fluctuante, sa consistance mollassse n'est pas égale en tous les points, mais elle se sépare nettement au toucher des tissus sains qui l'environnent.

En général, il n'y a pas de retentissement ganglionnaire ; dans quelques cas cependant la région maxillaire est envahie par des ganglions strumeux dont la présence facilite singulièrement le diagnostic. L'état général est rarement indemne de bacillose, on a toutefois signalé l'abcès intra-lingual comme première manifestation de la

tuberculose chez des sujets jusque là bien portants. Le plus souvent, au contraire, le tuberculome intra-lingual apparaît dans le cours d'une tuberculose pulmonaires seulement aux deux premières périodes de son évolution, car à la troisième période c'est la tuberculose ulcérée superficielle qui est le plus souvent observée.

PRONOSTIC

Le pronostic de la lésion locale est celui de la plupart des tuberculoses locales, c'est-à-dire qu'il est bénin puisqu'elle ne paraît pas indiquer une gravité plus grande de la tuberculose chez les sujets qui en sont porteurs et qu'une intervention relativement simple dans un tissu bien irrigué conduit rapidement à la guérison. Quant au pronostic, *quoad vitam*, il dépend exclusivement de l'état général qui précède, accompagne ou suit l'évolution du processus local ; c'est l'auscultation du poumon qui seule permettra de faire un pronostic scientifique, mais même dans le cas où les viscères paraîtront intacts, il faudra réserver le pronostic, se souvenir que le malade reste menacé d'une tuberculisation plus ou moins probable et plus ou moins lointaine.

Néanmoins, même dans les cas de lésions pulmonaires évidentes, le pronostic de la gomme profonde de la langue reste bien meilleur que celui de l'ulcération

tuberculeuse, laquelle n'apparaît en général qu'aux périodes ultimes de la phtisie et semble jusqu'ici rebelle aux nombreuses thérapeutiques auxquelles elle a été soumise.

L'existence simultanée, chez un même malade, de l'ulcération et de la gomme, quoique rare, a été signalée surtout par les Allemands ; la présence de la gomme ne paraît pas aggraver le pronostic de l'ulcération mais on a remarqué que dans ces cas, la collection au lieu de se vider à l'extérieur et créer un trajet fistuleux, se termine à son niveau par une perte de substance de la muqueuse qui aboutit d'emblée à une nouvelle ulcération analogue à celle qui existait déjà.

Quant à l'intervention qui est de rigueur, comme nous le dirons, elle ne paraît pas devoir assombrir le pronostic en provoquant la généralisation. Dans une seule des observations que nous rapportons, le chirurgien a paru donner un coup de fouet à l'évolution des lésions pulmonaires, mais c'est là un fait exceptionnel dans l'histoire de la tuberculose intra-linguale et qui, même dans ce cas, a paru se montrer d'une bénignité relative puisque le malade n'a pas succombé des suites de son intervention.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose intra-linguale est souvent difficile, cela tient surtout à ce que l'affection est peu connue, qu'elle est relativement rare et que, en présence d'un malade porteur d'une tumeur intra-linguale, on songe bien plus à la syphilis qu'à la tuberculose ; tous les malades, en effet, que nous avons vus avaient été au début déclarés syphilitiques et soumis au traitement spécifique. Il y a cependant des signes distinctifs des deux affections ; en général, les gommes syphilitiques sont multiples, de la grosseur d'un pois ou d'une noisette, elles sont disséminées un peu dans toute l'étendue du parenchyme lingual, de façon à constituer, suivant l'expression de Ricord « une langue rembourrée de noisettes. » A côté de la différence de nombre, Boyer prétend que la syphilis préfère la base tandis que la tuberculose préfère la pointe, mais un signe capital, c'est que de bonne heure la saillie de la gomme syphilitique sera le siège de nombreux sillons à bords durs,

saillants, irréguliers, constitués par des papilles hypertrophiées et érigées : la nature syphilitique sera encore révélée par les autres symptômes de la maladie et par l'expérience positive ou négative tentée par le traitement d'épreuve auquel sont toujours astreints les malades dans les cas douteux.

L'épithélioma interstitiel peut aussi donner le change, mais de bonne heure apparaît une douleur pongitive, lancinante qui s'irradie rapidement à l'oreille, à la face et enfin à la tête ; de plus, la tumeur envahit rapidement la muqueuse et les tissus voisins et en particulier le système ganglionnaire de la région sous et rétro-maxillaire, les grandes fonctions de mastication, déglutition, phonation sont atteintes, puis supprimées, l'état général lui-même ne tarde pas à être profondément modifié par l'extension du processus.

Enfin, au point de vue anatomique et local l'épithélioma interstitiel paraît avoir deux points de départ à peu près constants : ce sont l'extrémité de la langue et le sillon qui sépare la langue de l'amygdale.

Le lipome constitue une tumeur arrondie, bosselée, rarement pédiculisée, à évolution très lente, dix à vingt ans ; la muqueuse qui le recouvre ne présente généralement pas de changement de coloration, mais si on l'examine soigneusement par transparence, on voit qu'elle tend à prendre une teinte pâle jaunâtre spéciale. Au toucher le lipome donne la sensation d'une mollesse particulière, caractéristique « lipomateuse » ; le lipome peut s'ulcérer, mais dans ce cas il ne se ramollit jamais comme le tuberculome. Le fibrome est plus fréquent, c'est une tumeur dure, élastique, globuleuse, qui ne gêne la phonation et la

mastication que par le volume qu'elle est susceptible d'acquérir ; il y a pourtant certaines formes de fibrosarcomes qui ressemblent aux tumeurs syphilitiques et tuberculeuses et pour lesquelles le traitement d'épreuve est de rigueur.

Les anévrysmes, et plus particulièrement l'anévrysme circonscrit peuvent donner lieu à une erreur de diagnostic, cependant les battements, les mouvements d'expansion et de retrait, la réductibilité par la pression révéleront bien vite la véritable nature des lésions observées. Les tumeurs érectiles ne sont pas difficiles à reconnaître : coloration livide particulière, indolence, augmentation de volume dans l'expiration et dans tout état de gêne de la circulation veineuse, réductibilité plus ou moins complète, écoulement sanguin à la suite de ponction exploratrice sont des caractères distinctifs qui rendent l'erreur impossible.

Les tumeurs kystiques superficielles sont arrondies, mollasses, élastiques et nettement fluctuantes ; les kystes profonds qui renferment un liquide muqueux et qui ont des parois épaissies ressemblent plus à des tumeurs tuberculeuses, mais ici encore la mollesse, la figure arrondie, la netteté des contours devront sinon faire le diagnostic, du moins inspirer le doute et conduire à une ponction exploratrice après laquelle il ne saurait plus rester d'incertitude. Dans la langue comme dans presque tous les organes, les hydatides peuvent se localiser et se développer ; elles forment une tumeur indolente, molle, élastique, fluctuante, ne gênant que par son volume, impossible en un mot de distinguer des kystes autrement que par la ponction à laquelle, on le voit, on sera souvent obligé d'a-

voir recours si l'on tient à établir un diagnostic précis. La pensée d'une tumeur dermoïde doit être écartée à cause de sa rareté même et surtout parce qu'elle est congénitale.

Enfin on a décrit ces dernières années une manifestation linguale de l'actinomyose dont le diagnostic soulève aussi de grandes difficultés. Il s'agit d'une localisation primitive, isolée de l'actinomyose se présentant sous la forme d'une tumeur intra-linguale indolore et siégeant de préférence dans la moitié antérieure de la langue et tout près de la pointe : son volume est celui d'une noisette elle est bien circonscrite sans traînées adjacentes ; la muqueuse qui la recouvre est indemne, mais elle est rarement saillante et n'est jamais fluctuante.

TRAITEMENT

Tout le monde est aujourd'hui d'accord pour chercher à supprimer le plus vite et le plus complètement possible toute manifestation tuberculeuse locale quelle que soit sa forme et son lieu d'élection, mais s'il fallait légitimer l'intervention nous dirions : La suppression complète d'un foyer tuberculeux obtenue en temps opportun et avec les précautions nécessaires peut être suivie d'une guérison complète, elle peut prévenir une mort rapide en détruisant un foyer microbien qui pullule sur place, gagne la périphérie, érode la muqueuse qui s'ulcère et qui au danger d'une généralisation bacillaire menaçante vient ajouter celui d'une suppuration septicémique.

L'intervention chirurgicale est donc la règle, elle n'est contre-indiquée que si les lésions pulmonaires sont trop avancées ou si les grands viscères sont atteints de dégénérescences secondaires très accusées. Elle sera hâtive, car l'idéal pour le chirurgien est d'enlever le tuberculome

à la façon d'un lipome, c'est-à-dire avant qu'il ait eu le temps de se ramollir et de se diffuser par la voie conjonctive.

Mais quel est le traitement de choix ? La ponction simple est un moyen de diagnostic et non de traitement, car la récurrence est fatale ; la ponction suivie d'injections modificatrices est une méthode lente et aveugle parce qu'elle nécessite des manœuvres répétées : elle est imparfaite parce qu'il n'est pas facile de faire sortir par une canule le pus crémeux et même les fongosités, contenu ordinaire des abcès froids ; enfin la réaction inflammatoire qui suivra l'injection ne peut-elle pas excéder l'effet thérapeutique, provoquer un œdème excessif et partant des accès de dyspnée et de suffocation qui pourraient devenir inquiétants ?

L'abrasion au thermo-cautère en tissu sain aura l'avantage de nous mettre en garde contre une hémorragie plus effrayante que dangereuse, mais la lenteur de la cicatrisation, la déformation toujours appréciable qui résultera de la perte de substance sont des facteurs trop importants dans un organe qui doit rester libre comme la langue pour que nous puissions préconiser cette méthode.

Voici quel sera pour nous le traitement de choix : Pendant les quelques jours qui précèdent l'opération il faut prendre les soins antiseptiques nécessaires pour assurer une aseptie relative de la cavité buccale, il faut aussi s'occuper de l'état général et se rappeler que l'intervention est quelquefois le point de départ d'une infection générale rapidement fatale. Le malade étant anesthésié, on fait au niveau de la tumeur une incision longitudinale ou cruciale si cela est nécessaire, on dissèque soigneusement la poche

si c'est possible et on procède à son ablation. Si la tumeur est adhérente, si de nombreux prolongements rendent son extirpation impossible, il faut avoir recours à l'extirpation partielle suivie du raclage de toute la poche purulente. Les suites opératoires sont des plus simples, des lavages antiseptiques fréquents suffisent pour éviter une infection secondaire tant que dure la cicatrisation rendue rapide ici plus qu'ailleurs par la grande richesse vasculaire de l'organe, par les faibles dimensions de la cavité abcédée, par la non-diffusion des lésions et enfin par la netteté de la ligne de démarcation entre les tissus sains et les tissus pathologiques.

Cette destruction rapide du tuberculome a peut-être contre elle le péril des auto-inoculations, la possibilité de la récidence par oubli d'une traînée embryonnaire perdue dans les mailles conjonctives et enfin la nécessité d'une brèche relativement large pour le volume de l'organe et partant l'inconvénient d'une cicatrice. Tous ces prétendus inconvénients sont plus fictifs que réels. Dans toutes les observations que nous avons dépouillées, nous n'avons nulle part trouvé que l'intervention ait été le point de départ d'une généralisation tuberculeuse fatale ou d'une infection secondaire d'ordre septicémique ; au contraire, l'intervention hâtive a pu dans certains cas arrêter l'évolution des lésions viscérales. Quant aux infections secondaires dues aux microbes vulgaires de la suppuration, la clinique ne nous montre-t-elle pas tous les jours que contrairement à ce que l'on pourrait croire, étant donnée la richesse considérable de la cavité buccale en espèces microbiennes, les infections secondaires y sont relativement rares ?

Les traînées nodulaires aberrantes si fréquentes dans l'épithéliome interstitiel sont exceptionnelles dans le tuberculome intra-lingual; nous attribuons ce fait à la bénignité très réelle de cette localisation morbide et à la rareté très grande du tissu conjonctif dans la constitution anatomique du parenchymelingual. Quant à la cicatrice, elle ne sera jamais assez considérable pour produire une gêne marquée dans les fonctions de la langue et, le côté esthétique étant ici écarté, c'est le résultat fonctionnel seul qui doit entrer en considération.

OBSERVATIONS

M. H. BARTH. — *Tuberculisation parenchymateuse de la langue à forme nodulaire.* 25 novembre 1887.

Homme, quarante-six ans, placier, entré il y a cinq mois pour une affection tuberculeuse des poumons. Pas de bacillose dans l'hérédité, pas de syphilis. Six mois après le début d'un rhume négligé, il a commencé à souffrir de la langue : sensation de brûlure et gêne des mouvements. En juin, signes manifestes d'infiltration et ramollissement des deux sommets. A la fin de juillet, l'extrémité antérieure de la langue devient bosselée et présente sur ses deux faces plusieurs petites saillies arrondies grosses comme des lentilles, la muqueuse est saine. Au point de vue fonctionnel, la parole est épaisse, la mastication possible, la déglutition normale, quelques douleurs névralgiformes. On institue un traitement antisiphilitique qui reste sans effet et les lésions continuent leur évolution. Pas de lésion d'aucune nature dans la bouche, pas d'engorgement ganglionnaire, mais la recherche des bacilles dans les crachats étant positive et les tumeurs ayant abouti à l'ulcération on fait le diagnostic de tuberculose intralinguale. Ablation au thermocautère par le D^r Berger.

M. CHAUFFARD. — *Tuberculose gommeuse de la langue.*

Ouvrier surmené, quarante-huit ans, aspect presque cachectique. A vingt-quatre ans, syphilis bénigne très probable; enfin, depuis l'hiver 1891-1892, tuberculose pulmonaire en voie d'évolution confirmée par l'examen des crachats. Augmentation considérable du tiers antérieur de la langue qui est mamelonné et présente au niveau du sillon médian une fissure grisâtre irrégulière se terminant en arrière par une sorte de cratère. Sur la muqueuse lisse et rosée on constate un semis discret de petits nodules jaunâtres dont Julliard et Trélat ont montré la grande valeur seméiologique. Peu ou pas de douleurs. Pour assurer le diagnostic on prescrit l'iodure à haute dose, mais les lésions s'aggravent et ici elles sont trop étendues et trop avancées pour que l'on puisse songer à une intervention radicale.

M. PÉAN. — *Gommes tuberculeuses ulcérées.*

Ablation. — Mort.

C..., trente-huit ans, garçon d'hôtel, entre le 10 décembre 1888 salle Nélaton, 33. Pas d'hérédité, une pleurésie il y a six ans.

Toute la partie libre de la langue est très dure et paraît augmentée de volume. Le bord droit est occupé par une tumeur volumineuse supportant une vaste ulcération qui s'étend de la pointe à la partie moyenne de la langue; cette ulcération est profonde, les bords sont à pic et déchiquetés. Le bord gauche de l'organe est aussi occupé par une ulcération plus profonde, plus irrégulière, mais moins étendue que la précédente. La parole est très gênée, la déglutition et surtout la mastication des aliments durs sont impossibles; la salivation est continuelle, l'haleine est fétide. L'auscultation des poumons dénote à droite des bruits de frottement sur presque toute la hauteur, vestiges de la pleurésie ancienne; le sommet de ce côté est mat et l'on y entend des

craquements. Au sommet gauche, submatité, respiration rude et saccadée. L'état général est mauvais, le malade a un aspect jaunâtre, cachectique. En raison des antécédents et des lésions pulmonaires on diagnostique néoplasme tuberculeux.

La tumeur est circonscrite à l'aide de pinces à dents et enlevée au bistouri. Les jours suivants la langue se cicatrise bien mais le malade décline rapidement, il tousse, maigrit et a de la fièvre le soir. Il meurt le 1^{er} janvier ; l'autopsie vérifie en tous points le diagnostic clinique.

M. LE DENTU. — *Abcès froid de la langue. — Tuberculose au premier degré. — Extirpation au bistouri avec réunion immédiate.*

D. G..., maréchal-ferrant, trente et un ans, entre à l'hôpital Necker le 18 mars 1895 pour une tumeur de la langue. A la face dorsale de la langue, tout près du bord gauche, on constate une tumeur saillante, enchâssée dans le parenchyme, à sa surface la muqueuse est pâle et présente de petites saillies papillomateuses, une petite craquelure se voit dans cette muqueuse hypertrophiée, mais le stylet n'y pénètre pas. La tumeur est ferme, fluctuante, et légèrement douloureuse ; les mouvements de l'organe sont libres, la parole n'est point gênée. Trois ganglions maxillaires du volume d'un gros pois.

L'auscultation révèle des craquements secs aux deux sommets, l'état général n'est pas bon. On porte le diagnostic de collection liquide de la langue. Une ponction à la seringue de Pravaz donne issue à du pus, il s'agit donc d'un abcès qui est enlevé par une opération qui consiste à exciser au bistouri un fragment cunéiforme de la langue comprenant l'abcès dans son épaisseur. L'examen bactériologique et l'inoculation ont prouvé que l'abcès était de nature tuberculeuse.

M. PÉAN. — *Abcès froid de la langue.*

P... (Rosalie), trente-cinq ans, entre à la clinique le 28 novembre 1892. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents tuberculeux et syphilitiques. Il y a deux mois, sans causes connues, la partie latérale droite de la langue est devenue le siège de douleurs sourdes en même temps qu'apparaissait une tumeur. Cette tumeur du volume d'une noix s'étend du V lingual à 2 centimètres de la pointe; la surface est lisse, unie, sans bosselures; la muqueuse qui la recouvre est saine et ne diffère pas sensiblement par son aspect de celle des parties voisines.

Au toucher, la tumeur est bien limitée et comme enkystée dans l'épaisseur de la langue; elle n'envoie pas de prolongement du côté du plancher buccal ou du côté de l'épiglotte. La consistance molle est faussement fluctuante, comme celle de certaines collections liquides à paroi épaisse. Rien dans les régions voisines ou éloignées, rien dans les ganglions des maxillaires. Rien aux poumons.

L'incision exploratrice donne issue à environ 30 grammes de pus verdâtre, mallié, contenant des grumeaux caséux; la membrane granuleuse qui tapisse la cavité est disséquée, puis enlevée. Réunion par première intention et guérison en peu de jours.

M. PONCET. — *Tuberculome intra-lingual du bord latéral droit de la langue.*

Le 15 mai 1888, entre à l'Hôtel-Dieu le nommé C..., âgé de vingt-six ans, pour une tumeur de la langue; dans ses antécédents on note que sa mère est morte phthisique à l'âge de trente-six ans; personnellement, bonne santé habituelle, pas de syphilis. En septembre 1884, le malade a vu débiter sur la partie supérieure et médiane de la langue une petite tumeur qui s'est accrue progressivement. Au mois de mars 1895, elle avait la grosseur d'une noix. A cette époque le malade entre à l'Antiquaille, dans le service de M. Aubert; les ganglions sous-maxillaires sont engorgés;

on ouvre la tumeur au thermocautère et on fait l'ablation d'un ganglion.

En 1887, nouvelle entrée à l'Antiquaille pour une petite tumeur siégeant au frein de la langue ; cette tumeur s'est vidée complètement et a guéri. Actuellement le malade est porteur d'une tumeur occupant la portion latérale droite de la langue, à 4 centimètres environ de la pointe. Cette tumeur qui, selon le malade, aurait débuté il y a trois ans, a actuellement le volume d'une grosse noix ; elle se subdivise en trois nodosités principales, voisines et adhérentes ; ces petites tumeurs, absolument indépendantes de la muqueuse, sont rénitentes ; on ne perçoit pas de fluctuation, mais on devine la présence d'un liquide à leur intérieur ; elles ont toujours été indolentes ; elles sont situées dans la profondeur des couches musculaires, n'ayant aucune connexion avec la muqueuse qui est saine dans tous les points où elle les recouvre. Le fer à cheval représenté par la région sous-maxillaire est occupé par de nombreuses masses ganglionnaires volumineuses, ayant le caractère de ganglions strumeux. Le malade a suivi un traitement ioduré sans amélioration ; les autres organes sont indemnes de bacillose.

Se basant sur les antécédents héréditaires, sur l'absence de syphilis, sur la présence de pléiades ganglionnaires strumeuses, sur l'indolence absolue, les caractères et l'évolution de la tumeur, M. Poncet diagnostique un abcès froid profond de la langue.

Une ponction avec la seringue de Pravaz donne du pus sanguinolent ; la tumeur est incisée, puis grattée avec une curette qui ramène de petites masses fongueuses adhérentes à de véritables coques formant les parois de ces tumeurs ; ces végétations baignent dans un liquide séro-sanguinolent qui a remplacé le pus évacué ; elles sont de nature tuberculeuse.

M. DARDIGNAC. — *Un cas de tuberculome lingual.*

Camille L..., vingt-deux ans, soldat au 51^e d'infanterie, entre à l'hôpital le 11 février 1893 pour une tumeur de la langue. Cette tumeur siége à la partie antérieure et externe droite, sur la face

supérieure de l'organe; pas de changement de coloration de la muqueuse; la face inférieure est au contraire d'une coloration vineuse et foncée; on ne voit nulle part ni exulcération, ni semis granuleux jaunâtre ou autre. La tumeur est un ovoïde régulier et lisse, inclus dans le corps du muscle lingual; sa consistance est celle du caoutchouc mou; elle n'est ni fluctuante, ni rénitente, ni douloureuse. Pas de lésions de la cavité buccale, pas d'adénite cencomitante. Au point de vue fonctionnel la langue a conservé tous ses mouvements; la mastication est lente et difficile, mais complète; la déglutition est pénible; la phonation surtout est altérée; L... parle à voix basse: « il bafouille comme s'il avait de la bouillie dans la bouche ».

L'état général est peu satisfaisant; L... est pâle, amaigri; il n'a cependant aucune tare héréditaire. Personnellement il n'a pas été malade avant l'âge de dix-neuf ans; il eut à ce moment une bronchite aiguë qui après une guérison rapide lui laissa cependant une grande impressionnabilité des bronches; depuis, il tousse l'hiver et a remarqué qu'il est essoufflé. Il est très affirmatif, et les recherches les plus minutieuses corroborent son dire, sur la question de syphilis; il n'a jamais eu de maladie vénérienne, mais il fume constamment la pipe qu'il maintient du côté de la langue où siège la tumeur. Soldat depuis vingt-huit mois, il ne se présente à la visite que le 15 janvier 1893 pour montrer au médecin cette « ennuyeuse grosseur ».

La tumeur aurait, dit-il, débuté vers le mois de novembre 1892, par un petit bouton siégeant dans l'épaisseur du muscle « bouton plus gênant que désagréable ». Ce n'est qu'à partir du mois de janvier que la gêne fonctionnelle s'accrut et qu'apparurent quelques élancements douloureux. Un traitement d'épreuve par l'iodure de potassium est institué à titre de diagnostic; l'examen le plus minutieux de tous les organes ne révèle qu'une très légère rudesse du murmure vésiculaire aux sommets.

L'administration de l'iodure restant sans résultat on se décide le 20 février à une ponction exploratrice qui donne issue à un pus épais inodore et sans bacilles.

Le 24 on fait une ponction aspiratrice, mais la collection puru-

lente se reproduit de nouveau après cinq à six jours, et on se décide à une ablation totale. Une fois la poche incisée, on veut l'extirper, mais des adhérences intimes rendent impossible toute autre manœuvre que le grattage à la curette. La poche est bourrée de gaze iodoformée fortement imbibée de naphthol camphré.

Après l'intervention, l'état local reste bon, mais l'état général devient inquiétant; sueurs nocturnes, oppression, craquements secs dans les deux fosses sus-épineuses. Le 16 mars, il n'y a pas encore de fièvre, mais l'induration gagne toute l'étendue des lobes supérieurs.

L'examen bactériologique des crachats y révèle de nombreux bacilles de Koch. Le 25 mars la plaie est parfaitement cicatrisée, mais le malade a une véritable hémoptysie et quelques jours après il est présenté à la Commission spéciale de réforme. L'examen du pus, des fongosités et des parois nous a montré des cellules géantes typiques affirmant bien la similitude des deux processus se manifestant à la fois à la langue et aux poumons.

Professeur PONCET, *recueillie dans le service* (inédite).

J... est un homme de quarante-trois ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 14 décembre 1893 pour une tumeur de la langue. On ne relève rien dans l'hérédité, personnellement le malade raconte qu'il tousse l'hiver, mais sans que son état général ne soit en rien modifié; il est père de cinq enfants bien portants, nie la syphilis, mais fume à la pipe deux paquets de tabac de 50 centimes par semaine.

Au mois de juillet 1893, il s'aperçoit pour la première fois de l'existence d'une tumeur sur le bord latéral gauche de la langue, cette tuméfaction était indolore et ne provoquait qu'une gêne légère de la parole, mais elle grossit progressivement jusqu'à envahir tout l'espace compris entre le bord gauche et le raphé médian.

Actuellement la tumeur a atteint le volume d'une grosse noisette, à son niveau la muqueuse est fortement soulevée et tendue, mais elle reste lisse, rouge et indolore; elle est fluctuante en un point tandis qu'en d'autres on sent plusieurs noyaux indurés de la

grosseur d'un petit pois; rien d'anormal dans la cavité buccale ni dans le voisinage, pas de ganglion dans la région maxillaire. L'état général est bon et l'auscultation ne révèle pas de lésions pulmonaires. La gêne fonctionnelle seule a poussé le malade à venir demander des soins, la parole est particulièrement embarrassée et lente, la langue ne se mouvant pas avec toute la rapidité désirable.

Incision cruciale sur la face dorsale de la tumeur; raclage des fongosités à la curette, suture au catgut. Réunions par première intention.

L'examen microscopique pratiqué par M. Dor, chef du laboratoire de la clinique, révèle dans les parois de la poche de nombreux tubercules avec cellules géants typiques. L'inoculation expérimentale est positive.

Thèse de WIHTMAN. — *Abscès froid de la langue. — Tuberculose pulmonaire concomittante. — Extirpation au bistouri. — Réunion immédiate. — Guérison.*

Le nommé X..., machiniste, trente-huit ans, entré en mai 1893, salle Malgaigne; il est marié et père de famille, pas d'hérédité, pas de syphilis. Le début de son affection paraît avoir passé absolument inaperçu, il avait une tumeur intra-linguale indolente jusqu'il y a environ cinq jours. A ce moment, le malade éprouvant de la douleur dans la langue se regarda dans une glace et aperçut un orifice sur la face dorsale de l'organe. Les bords de cet orifice sont surélevés, déchiquetés; le fond de la cavité qui peut contenir un gros pois est gris jaunâtre; la pression et le contact ne provoquent pas de douleur.

Quelques ganglions sous-maxillaires. Au sommet gauche en avant et en arrière, submatité, respiration rude, râles. Nombreux bacilles dans les crachats.

La cavité ainsi que l'induration qui l'entourait furent extirpés au bistouri à l'aide d'une incision elliptique et la plaie réunie par 6 points de catgut.

BIBLIOGRAPHIE

- Portal : Cours d'anatomie médicale, Paris, an XII.
Fano : L'abcès froid et les fistules de la langue. — Union médicale, 1862.
Clarke : Maladies de la langue, 1873.
Gosselin : Clinique chirurgicale de la Charité, 1873, t. II.
De Brun : Abcès froid de la langue. France médicale, 1883.
Barth : Tuberculisation de la langue. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1887.
Péan : Cliniques chirurgicales.
Poncet : Lyon médical, 1888.
Chauffard : Bulletin de la Société des hôpitaux, 1893.
Le Dentu : Thèses de Wihtman (1893) et de Sauvage (1894).
Dardignac : Gaz. hebd. de médecine et chirurgie, 1894.
Orlow : Tuberculose der Zunge Centralblatt für Chirurgie, 1888.
Frœnkel : Deutsche medicin, che Zeitung, 1891.

CONCLUSIONS

I. On rencontre dans l'épaisseur de la langue des manifestations tuberculeuses que l'on peut désigner sous le nom de gommes tuberculeuses intra-linguales.

II. Cette variété de lésion bacillaire est beaucoup moins commune que les ulcérations superficielles de même nature : nous en avons réuni quatorze observations dont deux nous sont personnelles et ont été observées à la clinique de M. le professeur Poncet.

III. Rarement primitive (5 fois sur 14 observations), la tuberculose intra-linguale coïncide le plus souvent avec les deux premières périodes de la phtisie. L'infection paraît se faire par la voie sanguine ou lymphatique profonde, mais elle n'est pas due comme pour l'ulcération à l'inoculation directe de la muqueuse linguale par le bacille de Koch contenu dans les crachats.

IV. Le pronostic est subordonné à celui des lésions viscérales du même ordre.

V. Le diagnostic n'est pas sans présenter des difficultés et, en dehors d'autres manifestations tuberculeuses, il n'est assuré que par la ponction ou l'intervention.

VI. Le traitement est essentiellement chirurgical. D'après M. Poncet, toutes les fois que le tuberculome peut être enlevé aisément en totalité, il faut se comporter comme en présence d'un néoplasme, c'est le seul moyen d'éviter des réinoculations et d'obtenir une guérison rapide.

Dans les cas où l'ablation n'est pas possible, l'abrasion, le curettage, les cautérisations constituent le traitement de choix dont l'action doit être complétée par un traitement général.

Vu, bon à imprimer,
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon et permis d'imprimer,
POUR LE RECTEUR, ET PAR DÉLÉGATION
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES,
J. RAULIN.

Vu, bon à imprimer,
POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LÉPINE

